

**SOLICITUD DE EXENCIÓN DE  
INDEMNIZACIÓN LABORAL POSTERIOR  
SUBSEQUENT WORKERS' COMPENSATION  
EXEMPTION APPLICATION**



**Estado de Tennessee  
Bureau of Workers'  
Compensation**  
220 French Landing Drive  
Nashville, TN 37243  
(615) 532-1319

*Solo para uso de la oficina  
For Office Use Only*

**Tasa de presentación \$20.00  
Filing Fee \$20.00**

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE  
APPLICANT INFORMATION**

Núm. de control de registro  
Initial Registration Control #: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
First: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_ Last: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 dígitos del SSN: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_ Last 4 digits of SSN: \_\_\_\_\_  
Month - Day - Year

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Phone: (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_  
Physical Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cód. postal: \_\_\_\_\_  
Mailing Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ ST: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**CUALIFICACIÓN (MARCAR UNA)  
QUALIFICATION (CHECK ONE)**

- El solicitante es un directivo de una empresa dedicada al sector de la construcción.  
Applicant is an officer of a corporation engaged in the construction industry.
- El solicitante es miembro de una sociedad de responsabilidad limitada (SRL) dedicada al sector de la construcción y es dueño de al menos el 20 % de la empresa.  
Applicant is a member of a limited liability company (LLC) engaged in the construction industry and owns at least 20% of the company.
- El solicitante es socio de una sociedad limitada (LP), sociedad de responsabilidad limitada (LLP) o sociedad general (GP) dedicada al sector de la construcción y es dueño de al menos el 20 % de la sociedad.  
Applicant is a partner of a limited partnership (LP), limited liability partnership (LLP), or general partnership (GP) engaged in the construction industry and owns at least 20% of the partnership.
- El solicitante es un empresario individual dedicado al sector de la construcción.  
Applicant is a sole proprietor engaged in the construction industry.
- El solicitante y los miembros de la misma familia del solicitante son dueños de al menos el 95 % de la empresa.  
Applicant and members of the same family of the applicant hold at least 95% ownership of the business.

**ENTIDAD COMERCIAL  
BUSINESS ENTITY**

Nombre de la entidad comercial:  
Business Entity Name: \_\_\_\_\_

Núm. de control SOS: \_\_\_\_\_ FEIN: \_\_\_\_\_ **(Adjuntar carta 147(c) del IRS)**  
SOS Control #: \_\_\_\_\_ FEIN #: \_\_\_\_\_ **(Attach IRS 147(c) letter)**

**INFORMACIÓN DE LA JUNTA ESTATAL PARA LA CONCESIÓN DE LICENCIAS A CONTRATISTAS  
(MARCAR UNA)**

**STATE BOARD FOR LICENSING CONTRACTORS INFORMATION (CHECK ONE)**

- El negocio no tiene una licencia emitida por la Junta Estatal para la Concesión de Licencias a Contratistas.  
The business does not have a license issued by the State Board for Licensing Contractors.
- El negocio tiene una licencia activa emitida por la Junta Estatal para la Concesión de Licencias a Contratistas (datos completos a continuación).  
The business has an active license issued by the State Board for Licensing Contractors (complete details below).

Núm. de licencia:

Fecha de vencimiento:

License #: \_\_\_\_\_

Exp. Date: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA LICENCIA COMERCIAL LOCAL  
LOCAL BUSINESS LICENSE INFORMATION**

Condado:

County: \_\_\_\_\_

Núm. de licencia:

Fecha de vencimiento:

License #: \_\_\_\_\_

Exp. Date: \_\_\_\_\_

Ciudad/Pueblo:

City/Town: \_\_\_\_\_

Núm. de licencia:

Fecha de vencimiento:

License #: \_\_\_\_\_

Exp. Date: \_\_\_\_\_

**ATESTADO  
ATTESTATION**

- Al marcar esta casilla, doy fe de que cumplo todos los requisitos para la exención de indemnización laboral en virtud del T.C.A. § 50-6-901 y siguientes. Entiendo que cualquier declaración falsa que haga en la solicitud está sujeta a las penas de perjurio establecidas en T.C.A. § 39-16-702.  
By checking this box, I attest that I meet all the requirements for the workers' compensation exemption under T.C.A. § 50-6-901 et seq. I understand that any false statement I make on the application is subject to the penalties of perjury set out in T.C.A. § 39-16-702.
- Al marcar esta casilla, entiendo que renuncio a mi derecho a demandar en virtud de la ley de indemnización laboral si me lesiono en un trabajo y he utilizado la exención de indemnización laboral en ese trabajo.  
By checking this box, I understand that I waive my right to sue under workers' compensation law if I am injured on a job and have utilized the workers' compensation exemption on that job.

Firma del solicitante:

Fecha:

Applicant Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_